

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-507963

N30060

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7395

Société : RAI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DARAKI KARIMA

Date de naissance :

02/05/1966

Adresse :

126, Lot YOUSRA apt 3 Casablanca

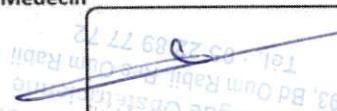
Tél. : 0661315304

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25 JUIL 2022

Nom et prénom du malade :

DARAKI

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affich

gynécologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casablanca

Le : 25/10/22

Signature de l'adhérent(e) :



LA

HAKMI

UPRAS

ACCUEIL

19 SEP. 2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25 JUIL 2022				<i>[Handwritten signatures and initials over the table]</i>
				INP : 03128489

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Large blue stamp reading 'PHARMACIE CHAMMED ABBALCA' with various numbers and codes]</i>	25/07/22	147,20

INP : 092038736

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

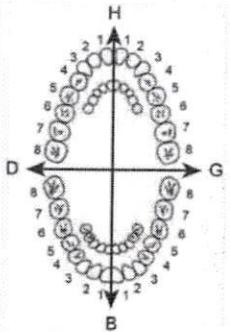
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

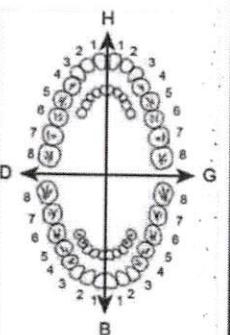
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAUX



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Suivi de grossesse - Accouchement
Stérilité du Couple - Maladies des seins
Chirurgie gynécologique - Echographie
Ménopause

مراقبة الحمل . التوليد
عقم الزوجين . أمراض الثدي
جراحة أمراض النساء . الفحص بالصدى
 سن المأنس

الدار البيضاء في Casablanca le 2022

le
25 JUIL 2022

87th DARKI Karim

		Carbosorb 9 (gel)	PHARM Dr. Lot. O CAS
79,- 30,-		1 g = 2 1/6 past 10g	
1%			
30,00			
20/-	Dels	20 mg/g 1 g = 1/6 to wash pod	LOT 210580 EXP 12/2023 PPV 30.00DH
37,70			(5)
29/-	Lachulax	8mg/g (gel) 10g = 3 1/6 past 10g	
147,20			0522897722 Lentille 0522897722

شارع أم الربيع، الملاطبق الأول (بجانب) مختبر أربيو - الدار البيضاء
193, Boulevard Oum Rabiaa, Résidence Oum Rabiaa, 1er étage (à côté du laboratoire ORBIO) - Casablanca
البريد الإلكتروني: E-mail : amalkably@hotmail.com
Tél.: 05 22 89 77 72 - 07 62 75 05 75
PATENTE : 36062006 - IF : 20739479 - ICE : 001887162000047

لاكتولاكس

Posologie :

En général, par jour :

- Nourrissons : 1 cuillerée à café.
- Enfants de 1 à 6 ans : 1 à 2 cuillerées à café
- Enfants de 7 à 14 ans : 1 à 3 cuillerées à café
- Adultes : 1 à 3 cuillerées à soupe

المقادير :

بشكل عام، و يومياً :

* الرضاع : 1 ملعقة (حجم ملعقة القهوة).

* الأطفال من 1 إلى 6 سنوات : 1 إلى 2 ملعقتين (حجم ملعقة القهوة).

* الأطفال من 7 إلى 14 سنة : 1 إلى 3 ملاعق (حجم ملعقة القهوة)

* الكبار : 1 إلى 3 ملاعق (حجم ملعقة الشربة)

حرك قبل كل إستعمال
Agiter avant chaque usage

LACTULAX®

Lactulose
Flacon 200 ml



P.P.V. : 37,70 DH



6 118000 190554

CARBOSORB®

Charbon végétal activé, chondrus et huiles essentielles de fenouil

~~1H
à diluer
les repas~~

**Favorise l'élimination
des gaz intestinaux**

30 comprimés
Voie orale

Lot: 210916

À consommer de
préférence avant le: 12/2026

PPC: 79,50 DH

MEDIPRO
PHARMA